



**PROCESSO DE SELEÇÃO DE PRECEPTORES 2025**  
**CURSO DE MEDICINA - CAMPUS TOLEDO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ**

<b>Formulário de Inscrição:</b>	
<b>Nome completo:</b>	
<b>Sexo</b> ( ) Masculino ( ) Feminino	<b>Data de Nascimento</b> / /
<b>RG:</b>	<b>CPF:</b>
<b>Conselho de classe:</b>	<b>Celular:</b>
<b>E-mail:</b>	
<b>ÁREA DE ATUAÇÃO PARA INSCRIÇÃO</b> (Marcar apenas 1 opção)	
<b>Componente Curricular</b>	<b>Local de atuação/prestação de serviço</b>
Internato em <b>Clínica Médica</b>	<input type="checkbox"/> Pronto Atendimento Municipal Dr. Jorge Milton Nunes (Mini Hospital) <input type="checkbox"/> Secretaria Municipal de Saúde de Toledo / Ambulatorial - Centro de Especialidades e/ou UBS. <input type="checkbox"/> UTI da Associação Beneficente de Saúde do Oeste do Paraná (HOESP) <input type="checkbox"/> Instituto de Desenvolvimento, ensino e assistência à saúde – Ideas
Internato em <b>Medicina Geral de Família e Comunidade</b>	<input type="checkbox"/> Secretaria Municipal de Saúde de Toledo nas UBSs com programa de Estratégia de Saúde da Família (ESF)
Internato em <b>Ginecologia e Obstetria</b>	<input type="checkbox"/> Secretaria Municipal de Saúde de Toledo/ Ambulatório Materno Infantil (AMI) e/ou UBS <input type="checkbox"/> Associação Beneficente de Saúde do Oeste do Paraná (HOESP) <input type="checkbox"/> Instituto de Desenvolvimento, ensino e assistência à saúde – Ideas
Internato em <b>Saúde Mental e Saúde Coletiva</b>	<input type="checkbox"/> Secretaria Municipal de Saúde de Toledo/ Serviço de epidemiologia <input type="checkbox"/> Secretaria Municipal de Saúde de Toledo/ Ambulatório de Saúde Mental e/ou CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
Internato em <b>Cirurgia</b>	<input type="checkbox"/> Secretaria Municipal de Saúde de Toledo/ Centro de Especialidades <input type="checkbox"/> UOPECCAN (Cascavel) <input type="checkbox"/> Hospital Geral da Unimed Costa Oeste <input type="checkbox"/> Instituto de Desenvolvimento, ensino e assistência à saúde – Ideas



<b>Internato em Pediatria</b>	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> Secretaria Municipal de Saúde de Toledo/ Ambulatório Materno Infantil (AMI) e/ou UBS</li><li><input type="radio"/> Consórcio de Saúde dos Municípios do Oeste/PR - CONSAMU</li><li><input type="radio"/> Associação Beneficente de Saúde do Oeste do Paraná (HOESP)</li><li><input type="radio"/> Pronto Atendimento Municipal Dr. Jorge Milton Nunes (Mini Hospital)</li><li><input type="radio"/> Hospital Geral da Unimed Costa Oeste</li><li><input type="radio"/> Instituto de Desenvolvimento, ensino e assistência à saúde – Ideas</li></ul>
-----------------------------------	---

<b>Internato em Urgências e Emergências</b>	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> Consórcio de Saúde dos Municípios do Oeste/PR - CONSAMU/ Pronto atendimento e SAMU</li><li><input type="radio"/> Pronto Atendimento Municipal Dr. Jorge Milton Nunes (Mini Hospital)</li><li><input type="radio"/> Hospital Beneficente Moacir Micheletto em Assis Chateaubriand</li></ul>
---	--

### **EXPERIÊNCIA EM ENSINO**

Possui experiência no magistério do ensino superior?

- Não
- Sim (anexar documento comprobatório)

Possui experiência em preceptoria de graduação ou pós graduação?

- Não
- Sim (anexar documento comprobatório)



### **CATEGORIA PROFISSIONAL**

(anexar documento comprobatório)

- ρ Profissionais da rede de saúde local (regime de 40 horas): **5 pontos**
- ρ Profissionais da rede de saúde local (regime de 20 horas): **4 pontos**
- ρ Professores da UFPR em regime de 20h, que trabalham na rede de saúde local: **3 pontos**
- ρ Professores da UFPR em regime de 20h, que não trabalham na rede de saúde local: **2 pontos**
- ρ Professores da UFPR em regime de 40h: **1 pontos**
- ρ Professores da UFPR em regime 40 horas dedicação exclusiva: **1 ponto**
- ρ Pontuação adicional - Experiência prévia em preceptoria: **1 ponto/ano**
- ρ Pontuação adicional - Experiência prévia em pós graduação: **1 ponto/ano**

### **INDICAR**

**Local de trabalho:** \_\_\_\_\_

**Carga horária realizada:** \_\_\_\_\_

**Dias e horários de atuação no local:** \_\_\_\_\_

### **Período de inscrição**

20 de maio de 2025 a 26 de maio de 2025

### **Documentos necessários para a inscrição**

(preferencialmente em pdf – item 4.3 do Edital de seleção)

1. Formulário de inscrição
2. Currículo resumido ou Currículo Lattes (incluir experiência em magistério superior ou preceptoria de graduação, ou pós-graduação se houver)
3. Cópia do Documento de Identidade e CPF;
4. Cópia do documento do Conselho de Classe;
5. Cópia do certificado de residência ou especialização, ou documento que comprove experiência na área;
6. Comprovante de experiência prévia em preceptoria (se houver).
7. Comprovante de atuação na rede de assistência à saúde



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
CURSO DE MEDICINA - CAMPUS TOLEDO



Este formulário, juntamente com todos os documentos solicitados deverá ser enviado para o e-mail: [preceptortoledo@ufpr.br](mailto:preceptortoledo@ufpr.br) – Um e-mail de confirmação de recebimento será enviado assim que for recebida a inscrição.

**Declaro a veracidade das informações prestadas na ficha de inscrição e documentação apresentada e declaro ter ciência de que a documentação incompleta poderá acarretar na não homologação da inscrição.**

---

Assinatura do candidato

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_